

RESUMEN

ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS DE LA PRIMERA INFANCIA EN EL CANTON GUALACEO

La necesidad de conocer y tener datos de las condiciones en que se encuentra la población en Salud-Enfermedad bucal en las Mujeres Embarazadas y Niños de la Primera Infancia, lleva a realizar un levantamiento epidemiológico en el Cantón Gualaceo.

El objetivo es detectar la problemática social así como la presencia de las patologías que más afectan a estos grupos de personas, y poder emitir una propuesta de atención alternativa que pueda ser efectuada a futuro inmediato en la atención prioritaria de la **Odontología Preventiva**.

Los resultados obtenidos permiten confirmar que las patologías como la caries dental, gingivitis y periodontitis siguen siendo las más relevantes por múltiples causas, así la falta de conocimiento en higiene y salud bucal, deficiente infraestructura y servicios de salud para una adecuada atención odontológica preventiva, limitación de recursos económicos, es lo que ha repercutido en el deterioro de la salud bucal en las mujeres embarazadas y los niños menores de 4 años .

INDICE DEL CONTENIDO

Dedicatoria

i

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

Reconocimiento	ii
Agradecimiento	iii
RESUMEN	1
CAPITULO I	
INTODUCCIÓN	2
CAPITULO II	
MATERIALES Y MÉTODOS	4
CAPITULO III	
RESULTADOS	6
3.1 MUJERES EMBARAZADAS	6
3.1.1 CLASIFICACIÓN POR GRUPOS DE EDAD	6
3.1.2 LUGAR DE TRABAJO	6
3.1.3 RAMAS DE OCUPACIÓN	7
3.1.4 INSTITUCIONES DE SALUD	7
3.1.5 ASPECTOS ODONTOLÓGICOS	8
3.1.5.1 CEPILLADO DENTAL EN MUJERES EMBARAZADAS	8
3.1.5.2 IMPLEMENTOS UTILIZADOS EN LA HIGIENE BUCAL	8
3.2.5.3 CRITERIOS DE LAS ENCUESTADAS SOBRE FUNCION DEL ODONTÓLOGO Y LA SALUD BUCAL	9
3.1.5.4 DIAGNOSTICO ODONTOLÓGICO	10
3.2 NIÑOS DE CUATRO AÑOS DE EDAD	11
3.2.1 LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN RELACION CON EL SEXO	11
3.2.2 INGESTA DE AZUCAR	12
3.2.3 DISPONIBILIDAD DE CEPILLO, FRECUENCIA DE CEPILLADO Y EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA EN LOS NIÑOS	13
3.2.4 DIAGNOSTICO ODONTOLÓGICO	15
CAPITULO IV	
DISCUSION Y CONCLUSIONES	16
4.1 FACTORES QUE CONDICIONA LA SALUD ODONTOLÓGICA EN LAS MUJERES EMBARAZADAS	18
4.1.1 LA RELACION ENTRE EL EMBARAZO Y LA SALUD ODONTOLÓGICA	18
4.1.2 LAS ENFERMEDADES ODONTOLÓGICAS EN RELACION A LA CONDICION DEL EMBARAZO	19
4.1.3 LA RELACION ENTRE LA EPOCA DEL EMBARAZO Y LA EDAD DE LAS MUJERES	20
4.1.4 EL TRABAJO REMUNERADO U OCUPACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA	20
4.1.5 PROGRAMAS DE SALUD ODONTOLÓGICA PREVENTIVA Y SU IMPACTO EN MUJERES EMBARAZADAS	21
4.1.6 EL ASEO BUCAL Y LA SALUD ODONTOLÓGICA PREVENTIVA	22
4.1.7 EL DIAGNOSTICO INTRABUCAL	24
4.1 FACTORES QUE CONDICIONAN LA SALUD ODONTOLÓGICA EN LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA	25
4.2.1 LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA Y LAS ENFERMEDADES BUCALES	25
4.2.2 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL GRUPO ENCUESTADO SEGUN EL SEXO	26
4.2.3 INGESTA DE AZUCAR	27
4.2.4 ASEO BUCAL	27
4.2.5 DIAGNOSTICO INTRABUCAL	29
4.3 LA PROBLEMÁTICA INTEGRAL DE SALUD EN MUJERES EMBARAZADAS Y EN NIÑOS MENORES DE CUATRO AÑOS EN EL SECTOR RURAL	29

CAPITULO V	
PROPUESTA	31
PROBLEMA 1: FALTA DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE Y SALUD BUCAL	32
PROBLEMA 2: DEFICIENTE INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA	35
PROBLEMA 3: LIMITADOS RECURSOS ECONÓMICOS, IMPIDEN UNA ADECUADA ATENCIÓN A LA SALUD BUCAL	36
BIBLIOGRAFÍA	37

INDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

Cuadro 1. Clasificación por grupos de edad de las mujeres embarazadas	
6	
Cuadro 2. Lugar de trabajo de las mujeres embarazadas	6
Cuadro 3. Distribución del grupo de mujeres embarazadas según ramas de actividad	
7	
Cuadro 4. Institución donde reciben servicios de salud	8
Cuadro 5. Relación entre ocupación y cepillado dental	8

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

Cuadro 6. Implementos de limpieza utilizados en la higiene bucal	9
Cuadro 7. Relación de los ingresos económicos frente a los implementos de limpieza	9
Cuadro 8. criterios de las mujeres embarazadas sobre función del odontólogo	10
Cuadro 9. Enfermedades por falta de aseo bucal	10
Cuadro 10. Piezas dentales cariadas según tiempo de embarazo	11
Cuadro 11. Atención odontológica en niños menores de cuatro años según Sexo	12
Cuadro 12. Momentos de azúcar	12
Cuadro 13. Uso de cepillo dental según edad	13
Cuadro 14. Frecuencia de cepillado según edad	14
Cuadro 15. Criterios sobre los dientes cariados	14
Cuadro 16. Enfermedades bucales por falta de aseo	15
Gráfico 1. Lugar de trabajo de las mujeres embarazadas	21
Gráfico 2. Materiales de aseo bucal en relación con los ingresos familiares	23
Gráfico 3. Utilización de cepillo en niños menores de cuatro años	27

UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS DE LA PRIMERA INFANCIA EN EL CANTON GUALACEO

TESIS DE INVESTIGACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

**AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ**

DIRECTORA: DRA. JANETH PARRA

CUENCA - ECUADOR

**ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS DE LA
PRIMERA INFANCIA EN EL CANTÓN GUALACEO**

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Las prácticas de salud en la actualidad en los países en vías de desarrollo están dirigidas al tratamiento de las patologías, antes que a la prevención; la odontología en este caso no es la excepción, ya que no han existido políticas, acciones y

**AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ**

alternativas de parte de los gobiernos que preferencien la prevención de las enfermedades bucodentales, sino que mas bien se mantiene de forma dominante la odontología curativa.

En esta problemática el Ecuador se encuentra involucrado, donde factores de tipo estructural como dependencia, deuda externa, inestabilidad económica, distribución injusta de la tierra, entre otros, han convertido al Ecuador en un país con bajo nivel de desarrollo. Particularmente en la provincia del Azuay se evidencian altos índices de pobreza e indigencia en los que vive la población, cuya mayor incidencia se encuentra en las zonas rurales y urbano marginales.

Por otra parte, de manera específica en el campo de la odontología, las condiciones señaladas y la escasa investigación de las enfermedades bucodentales, ha llevado al odontólogo al sistema tradicional curativo de patologías que pueden ser prevenidas como la caries dental, gingivitis y periodontitis; por lo que la actividad preventiva en la salud bucal casi está excluida.

Con el fin de contribuir a la salud odontológica se propone la presente investigación, que está orientada a identificar las necesidades de atención de salud bucal en las comunidades urbano-marginales en grupos vulnerables compuestos por madres durante el período de gestación y en niños de la primera infancia (1 a 4 años), pretendiendo que, partiendo del diagnóstico e identificación de las condiciones bucales actuales, se pueda proponer planes o programas de salud bucal preventiva. La investigación se la realizó en el cantón Gualaceo, provincia del Azuay y servirá como base para crear nuevas alternativas en salud odontológica con conceptos actuales y propuestas diferentes, que posteriormente puedan aplicarse en otros lugares y que al final lleven a conducir de manera diferente lo que es la Salud-Enfermedad, orientada a la prevención.

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

En el desarrollo de la presente investigación se ha utilizado el método descriptivo, el mismo que consiste en la identificación del problema, el análisis de sus manifestaciones y factores relacionados.

La investigación se orientó de manera que permita obtener información directa del estado epidemiológico de la población en el Cantón Gualaceo, para lo cual se determinó previamente que la muestra requerida para el análisis, debía cubrir la información de 140 familias, las cuales fueron encuestadas y diagnosticadas de manera aleatoria, en número de 76 en la ciudad de Gualaceo, 40 en la parroquia Daniel Córdova y 24 en la parroquia Jadán.

La encuesta se efectuó en mujeres embarazadas y niños de la primera infancia, en las que se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, nivel socio-económico, higiene bucal, educación odontológica, conceptos y conductas de salud-enfermedad y la presencia de patologías, así como sus factores de riesgo.

El proceso seguido de la aplicación de cada encuesta se lo llevó a cabo de forma directa en cada domicilio, para lo cual los responsables de la investigación en primera instancia se contactaban con el jefe(a) de familia o la persona adulta responsable del hogar. La secuencia del proceso se basó en términos generales en una presentación y explicación de la actividad a realizarse y; la finalidad que perseguía la investigación, posteriormente; mediante el diálogo se obtuvo la información requerida en las encuestas y a continuación se realizó el diagnóstico bucal en las mejores condiciones posibles.

Una vez obtenida y procesada la información se determinó que del grupo de 140 familias investigadas, existen 10 mujeres embarazadas y 25 niños de la primera infancia. Es necesario señalar que por tratarse de niños de primera infancia fueron los padres o responsables del menor los que complementaron la información

requerida, sin embargo el diagnóstico bucal fue realizado directamente en los investigados.

CAPITULO III

RESULTADOS

3.1 MUJERES EMBARAZADAS

3.1.1 CLASIFICACIÓN POR GRUPOS DE EDAD

El grupo correspondiente de mujeres embarazadas se clasificaron por edad, 50% de las mismas se ubican en las edades entre 26 y 30 años, seguido por el 40% que corresponde al rango de edad de 20 a 25 años y el 10% de 31 a 35 años como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 1. Clasificación por grupos de edad de las mujeres embarazadas

Edad (años)	Nro.	%
20 - 25	4	40
26 - 30	5	50
31 - 35	1	10
Total	10	100

Fuente: Información directa. Abril 2001
Elaboración: Grupo investigador

3.1.2 LUGAR DE TRABAJO

Los resultados en cuanto a las mujeres embarazadas que trabajan dentro y fuera del hogar se presenta en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Lugar de trabajo de las mujeres embarazadas

ENCUESTAS	MUJERES EMBARAZADAS QUE TRABAJAN			TOTAL
	Fuera del hogar	Dentro del hogar	s/d	
Nro.	3	6	1	10
%	30	60	10	100

Fuente: Información directa. Abril 2001
Elaboración: Grupo investigador

Los resultados determinan que el 60% de las mujeres embarazadas trabajan dentro del hogar por lo cual no reciben ninguna remuneración económica, el 30% realizan trabajo remunerado fuera del hogar y el 10% sin datos.

3.1.3 RAMAS DE OCUPACIÓN

Según la ocupación a la que están dedicadas las mujeres embarazadas, se presenta en el cuadro 3.

Cuadro 3. Distribución del grupo de mujeres embarazadas según ramas de actividad

OCUPACIÓN	MUJERES EMBARAZADAS	
	Nro	%
Amas de casa	6	60%
empleada doméstica	1	10%
empleada pública	1	10%
profesora	1	10%
s/d	1	10%
Total	10	100%

Fuente: Información directa. Abril 2001

Elaboración: Grupo investigador

El 60 % de la muestra son mujeres cuya actividad es ser amas de casa, el 30% se distribuyen en forma equitativa como empleada doméstica, empleada pública y profesora y el 10% restante no tiene datos.

3.1.4 INSTITUCIONES DE SALUD

El 70% del grupo de estudio acuden al Hospital del cantón Gualaceo a recibir servicios de salud, en tanto que el porcentaje restante reciben atención en los Subcentros de Salud.

Cuadro 4. Institución donde reciben servicios de salud

ATENCIÓN DE SALUD	Nro	%
Subcentro de salud	3	30
Hospital	7	70

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

Total	10	100
--------------	----	-----

Fuente: Información directa. Abril 2001

Elaboración: Grupo investigador

3.1.5 ASPECTOS ODONTOLÓGICOS

3.1.5.1 Cepillado dental en mujeres embarazadas

Según la ocupación de las mujeres embarazadas, se estableció la frecuencia de cepillado diario lográndose los siguientes resultados:

Cuadro 5. Relación entre ocupación y cepillado dental

OCUPACIÓN	CEPILLADO POR DÍA		
	1 vez	2 veces	3 veces
Empleada doméstica		1	
Empleada pública			1
Profesora			1
Amas de casa	1	3	2
s/d		1	
Total	1	5	4
%	10	50	40

Fuente: Información directa. Abril 2001

Elaboración: Grupo investigador

El 50% de las mujeres encuestadas cuentan con una rutina de cepillado de 2 veces al día y el 10% lo realiza una vez por día, el porcentaje restante cubre la recomendación de cepillado de 3 veces al día.

3.1.5.2 Implementos utilizados en la higiene bucal

En cuanto a los implementos que utilizan para la higiene bucal, en un 70% se reconoce que son cepillo y pasta, conforme se indica en el siguiente cuadro.

Cuadro 6. Implementos de limpieza utilizados en la higiene bucal

IMPLEMENTOS DE LIMPIEZA	Nro	%
cepillo	1	10
cepillo-pasta	7	70
cepillo-pasta-hilo dental	2	20
Total	10	100

Fuente: Información directa. Abril 2001
Elaboración: Grupo investigador

Por otra parte, al pretender establecer una relación entre el nivel de ingresos y la utilización de implementos de limpieza, se confirma que quienes tienen mejores ingresos económicos acceden a mayores implementos de limpieza, lo que permite afirmar que el 20% de las encuestadas disponen para la limpieza dental de cepillo, pasta e hilo dental. Ver cuadro 7.

Cuadro 7. Relación de los ingresos económicos frente a los implementos de limpieza

INGRESOS	IMPLEMENTOS DE LIMPIEZA DENTAL			Total	
	cepillo	cepillo-pasta	cepillo-pasta-hilo dental	Nro.	%
40-80	1	2		3	30
81-120		4		4	40
121-160		1	2	3	30
Total	1	7	2	10	100

Fuente: Información directa. Abril 2001
Elaboración: Grupo investigador

3.1.5.3 Criterios de las encuestadas sobre la función del odontólogo y la salud bucal

El 50% de mujeres encuestadas creen que el odontólogo se dedica únicamente a curar dientes, el 30% piensan que curan las enfermedades de la boca y el 20% restante opinan que curan y extraen (saca) dientes.

Cuadros 8. Criterios de las mujeres embarazadas sobre función del Odontólogo

MUJERES EMBARAZADAS	TRABAJO DEL ODONTÓLOGO			TOTAL
	Cura enfermedades boca	Cura dientes	Cura y saca dientes	
Nro.	3	5	2	10
%	30	50	20	100

Fuente: Información directa. Abril 2001
Elaboración: Grupo investigador

En tal sentido las causas por las que acuden al odontólogo son las siguientes: el 40% acuden por dolor, el 20% por calzas y/o limpieza, el 10% por enfermedades dentales, el 10% por prevención, un 20% no registra ninguna información.

En cuanto al criterio que tienen las mujeres embarazadas respecto de las caries, se puede colegir que 60% la considera una enfermedad, un 40% desconoce si es o no una enfermedad.

En lo referente al conocimiento respecto de la placa dental, el 60% reconoce que produce daño en los dientes, y el porcentaje restante no conoce.

3.1.5.4 Diagnóstico odontológico

En base al diagnóstico bucal realizado a las mujeres embarazadas, una vez organizada la información en función de las enfermedades que presentan por falta de aseo se establece que el 100% de las personas diagnosticadas presentan caries y placa; y el 90% tiene cálculos, gingivitis y pérdida dentaria.

Cuadro 9. Enfermedades bucales por falta de aseo bucal

MUJERES EMBARAZADAS	ENFERMEDADES POR FALTA DE ASEO BUCAL				
	Caries	Placa bacteriana	Cálculos	Gingivitis	Pérdida dentaria
Nro.	10	10	9	9	9
Porcentaje	100	100	90	90	90

Fuente: Información directa. Abril 2001

Elaboración: Grupo investigador

Realizando el diagnóstico en cuanto a las caries se determinó que en todo el período de embarazo tienen caries.

Cuadro 10. Piezas dentales cariadas según tiempo de embarazo

TIEMPO DE EMBARAZO	NÚMERO DE PIEZAS CARIADAS						TOTAL	
	2	3	4	6	10	11	Nro.	%
0-3 meses				1			1	10
3.1-6 meses		1	2				3	30
6.1-9 meses	1	2		1	1	1	6	60
TOTAL	1	3	2	2	1	1	10	100

Fuente: Información directa. Abril 2001

Elaboración: Grupo investigador

Respecto a la placa bacteriana el 70% tiene un rango ubicado en el nivel 1 y el 30 % al nivel 2.

En lo referente a los cálculos la mayoría presenta (60 %) nivel 2, y el 30% tiene nivel 3.

En cuanto a la pérdida dentaria se puede señalar que del 90% que presenta ausencia de dientes, el 70% de la muestra ha perdido de 1 a 3 piezas dentales y el 20% no tiene de 4 a 7 piezas dentales.

El diagnóstico también se orientó a realizar el sondaje periodontal para lograr establecer si se encontraba pérdida de adherencia del ligamento periodontal estableciéndose que el 80% se encuentra en el nivel de 0 a 2 que es considerado el rango de normalidad, y el 20% se encuentra en el nivel de 2 a 4.

3.2 NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS DE EDAD

3.2.1 LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN RELACIÓN CON EL SEXO

De los 25 niños menores de 4 años se estableció que el 53% son mujeres y el 47% son hombres.

Cuadro 11. Atención odontológica en niños menores de 4 años según sexo

SEXO	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA				TOTAL	
	SI		NO			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
Femenino	3	12	10	40	13	52
Masculino	1	4	11	44	12	48
TOTAL	4	16	21	84	25	100

Fuente: Información directa. Abril 2001
Elaboración: Grupo investigador

En cuanto a la atención odontológica que han recibido, se establece que un mínimo porcentaje (16%) ha sido objeto de atención odontológica y la gran mayoría (84%) no ha tenido este servicio.

Dentro del grupo que si ha recibido atención odontológica un mayor porcentaje (12%) registran las niñas, frente al 4% que corresponde al sexo masculino.

3.2.2 INGESTA DE AZÚCAR

El 80% de los niños de Primera Infancia ingieren azúcar de 3 a 6 veces al día, el 16% ingieren 0 a 3 veces y el 4% más de 6 veces.

Cuadro 12. Momentos de azúcar

Momentos de azúcar	Nro.	%
0-3 veces	4	16
3-6 veces	20	80
Más de 6 veces	1	4
TOTAL	25	100

Fuente: Información directa. Abril 2001

Elaboración: Grupo investigador

3.2.3 DISPONIBILIDAD DE CEPILLO, FRECUENCIA DE CEPILLADO Y EDUCACIÓN ODONTOLÓGICA DE LOS NIÑOS

En lo referente a la utilización del cepillo dental en relación con la edad, se observa que, quienes, dan la información de los niños, señalaron que el 64% si se preocupan por el cepillado del niño y el 36% no utiliza cepillo dental.

Cuadro 13. Uso del cepillo dental según edad

EDAD (en años)	UTILIZA CEPILLO DENTAL				TOTAL	
	SI		NO			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
1	1	4	5	20	6	24
2	2	8	2	8	4	16
3	5	20	2	8	7	28
4	8	32			8	32
TOTAL	16	64	9	36	25	100

Fuente: Información directa. Abril 2001

Elaboración: Grupo investigador

En lo relacionado a la edad en relación con el cepillado se establece que el 64% si se cepilla de los cuales el 32 % corresponde a los niños de cuatro años , el 20% a niños de tres años, el 8% a niños de dos años y el 4% a niños de un año; y del 36% que no se cepilla el 20% corresponde a niños de un año, el 8% de dos años y el 8% de tres años.

En lo relacionado a la frecuencia de cepillado diario se establece que el 36% no se cepilla, el 36% una vez, el 20% dos veces y el 8% tres veces diarias. Cuadro 14.

Cuadro 14. Frecuencia de cepillado según edad

Edad (años)	Frecuencia de cepillado dental al día								Total	
	Nunca		1 vez		2 veces		3 veces			
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
1	5	20			1	4			6	24
2	2	8	1	4			1	4	4	16
3	2	8	3	12	1	4	1	4	7	28
4			5	20	3	12			8	32
Total	9	36	9	36	5	20	2	8	25	100

Fuente: Información directa. Abril 2001

Elaboración: Grupo investigador

En cuanto a la enseñanza respecto del cuidado de los dientes, los responsables de los menores señalaron en un 64% que no dan ningún tipo de enseñanza, un 36% de la muestra reconocen que la madre es quien realiza el cepillado dental.

Solicitando el criterio que tienen los responsables del menor respecto de la actitud que tienen frente a una pieza dental cariada se obtiene que el 76% reconoce que debe obturarse, el 12% no sabe, el 8% debe extraerse y el 4% extraerse y obturarse. Ver Cuadro 15.

Cuadro 15. Criterios respecto de los dientes cariados

CRITERIOS DE LOS RESPONSABLES DEL MENOR RESPECTO DE LOS DIENTES CARIADOS	Nro.	%
Calzarse	19	76
Sacar	2	8
Sacar/Curarse	1	4
No sabe	3	12
TOTAL	25	100

Fuente: Información directa. Abril 2001
Elaboración: Grupo investigador

3.2.4 DIAGNÓSTICO ODONTOLÓGICO

Una vez realizado el diagnóstico bucal en cada uno de los niños menores de 4 años, se logra consolidar los siguientes resultados:

Cuadro 16. Enfermedades bucales por falta de aseo

Edad (años)	Placa										Caries					
	0		1		2		3		Total		SI		NO		Total	
	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%	Nro.	%
1	4	16	2	8					6	24			6	24	6	24
2			4	16					4	16	1	4	3	12	4	16
3			2	8	4	16	1	4	7	28	4	16	3	12	7	28
4			3	12	4	16	1	4	8	32	8	32			8	32
Total	4	16	11	44	8	32	2	8	25	100	13	52	12	48	25	100

Fuente: Información directa. Abril 2001
Elaboración: Grupo investigador

Los niños que presentan mayor presencia de placa son los comprendidos entre 3 y 4 años de edad; en cuanto a las caries el 52% de los encuestados tienen caries, la tendencia es mayor en los niños de 4 años.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La baja producción y productividad en la provincia del Azuay, ha llevado a la desocupación a un gran porcentaje de la población además, la falta de fuentes de trabajo alternativo son consideradas las principales causas para la emigración de la población, que de preferencia produce la salida de personas del sexo masculino, lo que trae como consecuencia problemas sociales identificados en la disgregación familiar, aumento de la responsabilidad en las mujeres en el hogar, quienes pasan a desempeñar el papel de padre y madre en la crianza y educación de los hijos y niños abandonados al cuidado de otros familiares.

En el problema social de la emigración, el grupo más desprotegido y vulnerable son los niños, pues a temprana edad no se les presta la atención necesaria, que permita cubrir sus necesidades físicas, emocionales, psicológicas y de salud; con respecto al campo de la salud bucal su atención es deficiente, lo que ha llevado a aumentar el índice de enfermedades bucales infantiles, situación que se agrava cuando no existen políticas de gobierno que preferencien la salud preventiva.

La poca importancia que se da a la salud preventiva también tiene su impacto en las condiciones de salud e higiene bucal de la población, pues la práctica odontológica también se ha circunscrito a programas de salud curativa, cuando es conocido que una de las razones principales para lograr prevenir varias enfermedades de las piezas dentales, son aquellas que evitan su pérdida y mantienen sus condiciones bucales en adecuados niveles, que posibiliten que las personas puedan realizar una vida diaria normal, a más de que concomitantemente evitan otras enfermedades bucales.

Las razones que permiten demostrar que en el país existe una atención odontológica curativa y no preventiva son las siguientes:

*AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ*

En lo **cultural** “se considera que existen prácticas de salud que están vinculadas a dos sistemas: el primero conformado por el oficial, formal, medicalizado, de atención institucional y hospitalaria que no cubre a toda la población y otro el tradicional o popular presente en los actos de vida común de las personas, al único que acceden un 12% de la población en zonas urbanas y 40% en zonas rurales del Azuay. Estas prácticas de salud son curativas, paliativas y relacionado con la enfermedad que son ampliamente importantes sobre la protección de salud.”*1.

En lo referente a **consumo de bienes y servicios** en el sistema de atención las prácticas dirigidas a la salud son las menos ejecutadas; es casi nula la existencia de diagnósticos epidemiológicos nacionales, regionales y locales; por otra parte la sociedad ecuatoriana se encuentra dentro de un marco de desintegración pública y privada sin suficiente coordinación, creando la necesidad de una alternativa que integre y atienda al sano y al enfermo de toda índole y condición social; lo que lleva a un cambio que posibilite canalizar y desarrollar propuestas más cercanas de atención.

Concomitante a esta situación se suman los factores **biológicos** en diferentes etapas de la vida como el embarazo, por una serie de alteraciones hormonales los tejidos pueden exagerar su respuesta frente a las injurias locales (placa bacteriana) a nivel de las encías. Por falta de atención y detección temprana de presencia de factores de riesgo que condiciona a la enfermedad, se llega a la presencia de enfermedad

—

* 1. Quezada A. Muñoz O. Piedra I. Salud de los trabajadores de oro IDICSA. Universidad de Cuenca.

periodontal y de caries; que a la larga por falta de tratamiento produce mortalidad y pérdida dentaria.

4.1 FACTORES QUE CONDICIONAN LA SALUD ODONTOLÓGICA DE LAS MUJERES EMBARAZADAS

4.1.1. LA RELACIÓN ENTRE EL EMBARAZO Y LA SALUD ODONTOLÓGICA

El embarazo o gestación es un periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto. Durante éste tiempo el organismo de la madre va adaptándose progresivamente a fin de asegurar el desarrollo del embrión y del feto.

En nuestro medio el embarazo y la lactancia se han relacionado siempre con la caries dental, al punto de que existe la creencia de “un diente por cada niño”; sin embargo este criterio no se basa en estudios científicos, por lo que se puede creer que es un concepto equivocado, pues las pruebas disponibles indican que el embarazo no causa un aumento en el caries por una parte, y por otra que el mecanismo fisiológico en el que el tejido óseo del feto en desarrollo, se calcifique a expensas del calcio de los dientes de la madre.

La coincidencia de la pérdida dental en la época de embarazo de las mujeres puede atribuirse al descuido en el aseo bucal cotidiano por el próximo nacimiento del bebé, que provoca la desatención de la salud bucal.

4.1.2. LAS ENFERMEDADES ODONTOLÓGICAS EN RELACIÓN A LA CONDICIÓN DE EMBARAZO.

La Gingivitis del embarazo se produce en razón de que la mujer sufre cambios orgánicos por una serie de alteraciones hormonales y los tejidos pueden exagerar su respuesta frente a injurias locales a nivel de las encías. Esta alteración puede presentarse como i) Una leve inflamación, ii) algunas papilas agrandadas, congestionadas y sangrantes, iii) agrandamiento gingival.

En el segundo y tercer mes de embarazo se puede producir un agrandamiento circunscripto (épulis) también iniciados por una irritación local. El factor sistémico

condicionante sería el embarazo; esta lesión es mal llamada tumor del embarazo, pues no es un tumor originado por el embarazo, sino por un irritante local. Luego llega a desaparecer debido al aumento de estrógenos y progesterona en el embarazo determinando una serie de cambios vasculares que aumenten la permeabilidad.

Las **caries dental** al ser una enfermedad infecciosa multifactorial de los tejidos calcificados de los dientes que se la considera como una enfermedad crónica del diente se caracteriza por la desmineralización de la porción inorgánica y de la destrucción de la sustancia orgánica del diente.

La caries se origina cuando la interrelación entre los microorganismos y su retención en la superficie dentaria (huésped) se mantiene un tiempo suficiente, ya que los productos metabólicos desmineralizantes (ácidos), alcanzan una concentración elevada en la placa por excesivo aporte de azúcares en la alimentación (substrato).

Es una enfermedad que puede afectar a todas las persona y la única forma de prevenirla es a través de un eficiente aseo bucal, en el caso de las mujeres embarazadas la única forma de que se vean afectadas por las caries es en virtud del descuido en el aseo diario bucal, mas no por su condición de embarazada.

4.1.3 LA RELACIÓN ENTRE LA ÉPOCA DE EMBARAZO Y LA EDAD DE LAS MUJERES

De acuerdo a los estudios realizados se considera que en la edad de los 20 a los 34 años es cuando la mujer se encuentra en su plenitud física y psicológica por lo que es idónea para la gestación, esto no quiere decir que antes de los 20 años la maternidad

sea un riesgo para la mujer, pues desde el comienzo de la adolescencia el organismo esta en capacidad para gestar normalmente también lo esta la mujer madura, (mayor de 35 años) pero en este último caso el médico debe llevar un control más estricto.

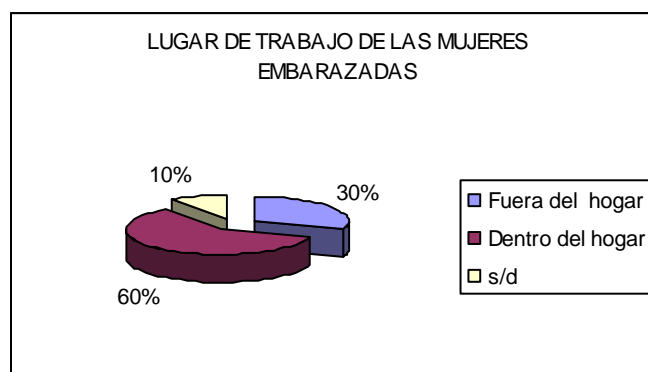
En el cantón Gualaceo de acuerdo a la investigación realizada, se estableció que cerca del 100% de mujeres embarazadas se encontraban entre los 20 a 34 años lo que significa que las mujeres tienen sus embarazos en la edad en la que dispone de plenitud de sus facultades físicas y psicológicas. Existe ausencia de adolescentes embarazadas situación que se le atribuye al alto índice de emigración por parte de la juventud.

4.1.4 EL TRABAJO REMUNERADO U OCUPACIÓN DE LA MUJER EMBARAZADA

De acuerdo al Consejo Nacional de Mujeres -CONAMU- se reconoce el derecho al trabajo de la mujer el cual pretende lograr la mayor participación en el mercado laboral, sin embargo la desocupación afecta mayoritariamente a las mujeres. También reconoce que el trabajo doméstico es una labor productiva que tiene un valor económico sin embargo dicho trabajo no es reconocido ni valorado.

Para el caso en estudio, el 60% de las mujeres están dedicadas al trabajo doméstico dentro del hogar cumpliendo la labor de amas de casa y sin ninguna remuneración económica, frente al 30% que labora fuera del hogar como empleadas doméstica, con labores públicas y de profesora. Estos datos ratifican lo declarado por el CONAMU, respecto de la poca participación de la mujer en el mercado laboral remunerado.

Gráfico 1. Lugar de trabajo de las mujeres embarazadas



El hecho de que la mayoría de las mujeres embarazadas laboran dentro de su hogar, en caso de iniciar alguna propuesta de medicina preventiva referida a la odontología se debe tener presente mecanismos que permitan llegar a este grupo mayoritario que en su mayor tiempo permanece dentro del hogar.

4.1.5 PROGRAMAS DE SALUD ODONTOLÓGICA PREVENTIVA Y SU IMPACTO EN MUJERES EMBARAZADAS

En el sector de estudio se identificó que el 100% de las mujeres embarazadas reciben

atención médica en Centros Especializados sea Hospital o Subcentro de Salud, tanto en el período de gestación como de asistencia en el parto; este elevado porcentaje se puede atribuir entre otros factores a la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia vigente en todo el País, mediante la cual toda mujer embarazada tiene derecho a este servicio, sin costo alguno.

Con el porcentaje establecido se puede afirmar que todas las mujeres embarazadas del sector en estudio asisten a instituciones médicas del Ministerio de Salud y su cobertura ha logrado énfasis e incidencia en lo ginecológico; pero no ha logrado impactar en la salud bucal de las mujeres embarazadas, puesto que el diagnóstico odontológico evidenció enfermedades bucales. En conclusión se puede afirmar que las políticas y los programas en el País para incidir en la población como medicina preventiva no se han manejado adecuadamente en lo referente a la salud odontológica preventiva, por lo que deben ser revisadas y estructurada una estrategia que permita incidir positivamente en la población en referencia.

4.1.6 EL ASEO BUCAL Y LA SALUD ODONTOLÓGICA PREVENTIVA

La Odontología preventiva tiene varios factores que pueden contribuir a detener el avance y la presencia de la enfermedad bucal entre los que se cuenta la educación, así como la correcta aplicación de las técnicas y materiales de higiene bucal.

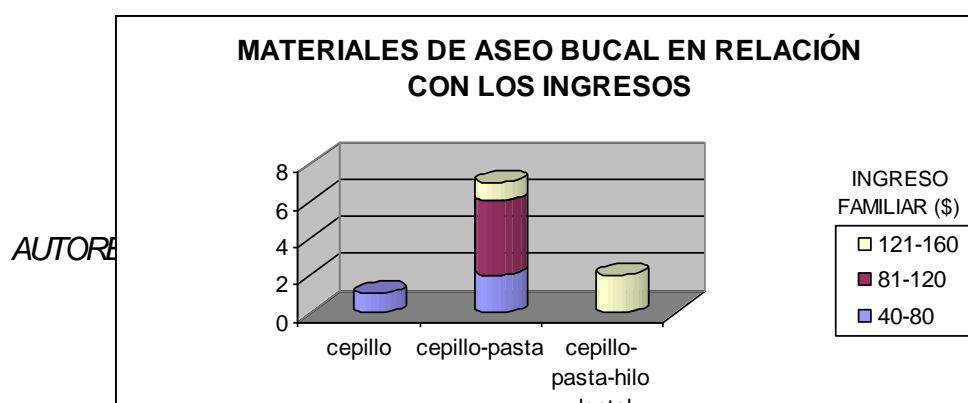
En el sector de estudio se estableció que el 40% de las mujeres embarazadas registra la frecuencia de cepillado que es la recomendada correspondiente a 3 veces al día, el 50% dos veces al día y el 10% una vez al día. Relacionando el hábito de cepillado con la ocupación de las mujeres embarazadas se observa que en el grupo que tiene un cepillado de 3 veces por día lo efectúan la empleada pública, la profesora y dos amas de casa, 2 veces al día lo realizan tres amas de casa y una empleada doméstica y 1 vez al día una ama de casa.

Otro aspecto que se debe considerar es lo referido a las técnicas de cepillado, a pesar de que el 40% acepta que 3 veces al día realizan la limpieza dental con cepillado, el diagnóstico odontológico mostró enfermedades bucales que debería estar disminuidas por el hábito que confirman efectuar, consecuentemente puede ser que las técnicas de cepillado más recomendadas no son de conocimiento general. Por lo que los programas de medicina preventiva de salud bucal no ha jugado su rol ni siquiera en

el aspecto del cepillado, ya que está comprobado que con una adecuada instrucción en técnicas de cepillado se lograría reducir en alto grado las enfermedades bucales.

En cuanto a los materiales utilizado para la limpieza bucal se establece que 7 de cada 10 mujeres embarazadas utiliza cepillo y pasta dental, un 20% usan el hilo dental. El mínimo porcentaje de mujeres que adicionan a su proceso de aseo el hilo dental induce a relacionar esta situación con el aspecto económico de las mujeres embarazadas, estableciéndose que quienes tienen posibilidad de utilizar este material de aseo adicional son las mujeres cuyos ingresos está en el rango superior de las encuestadas.

Gráfico 2. Materiales de aseo bucal en relación con los ingresos familiares



Por otra parte el criterio de las encuestadas en relación con el servicio del odontólogo básicamente lo ubica dentro de la categoría de profesional para obturar y extraer los dientes, en ningún caso se lo considera como la persona especializada para contribuir a evitar las enfermedades bucales.

Asimismo el 60% asume que la caries es una enfermedad, el porcentaje restante desconoce si es o no enfermedad, por lo que puede afirmarse que no existe una educación que permita identificar que la caries es el efecto de una mala o deficiente práctica en el aseo bucal que puede ser prevenida al igual que la placa dental. Por lo tanto, este criterio es el que fundamenta la necesidad de iniciar estrategias orientadas al aseo bucal como parte de un programa de prevención de salud odontológica.

4.1.7 EL DIAGNÓSTICO INTRABUCAL

En esta investigación se logra determinar que las patologías provocadas por falta de aseo bucal cubre la totalidad de las mujeres encuestadas, así el 100% presenta caries y placa bacteriana y el 90% tiene cálculos, gingivitis y pérdida dentaria.

En conclusión el grupo de estudio en su mayoría tienen los materiales necesarios para una buena prevención odontológica, sin embargo es grave comprobar un alto grado de presencia de patologías buco dentales por falta de educación en prevención odontológica.

4.2 FACTORES QUE CONDICIONAN LA SALUD ODONTOLÓGICA EN LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA

4.2.1 LOS NIÑOS DE PRIMERA INFANCIA Y LAS ENFERMEDADES BUCALES

Generalmente las **Caries** en niños de primera infancia se ocasionan por el hábito de dejar al niño dormir con el biberón en la boca, aunado a la infección por *Streptococcus Mutans*, ésta bacteria según BERKOWITZ y COL (1981) no aparece en la boca del lactante hasta en etapas tardías de la erupción de la dentición primaria debido a que su nicho ecológico se encuentra en la superficie del diente y la transmisión de la bacteria se da de boca a boca y entre madre e hijo.

La caries en los niños de primera infancia afecta a los incisivos superiores. Este patrón de enfermedad es importante ya que se requiere tratamiento extenso antes de que el niño crezca lo suficiente para cooperar durante su cuidado dental restaurativo. Para planear la prevención es importante señalar que el niño con caries de biberón es más propenso a desarrollar caries subsecuente en las superficies lisas que el niño sin caries de biberón.

En cuanto a la **placa bacteriana** se puede señalar que la colonización en los dientes se inicia quizá con organismos diferentes al *Streptococcus Mutans* que no tienen mayor capacidad para adherirse a los dientes por si mismo. El desarrollo de la placa continua con la formación de cadenas de polímeros extracelulares, por el rompimiento de la sacarosa en sus dos componentes principales: glucosa y fructosa, el metabolismo intracelular de los carbohidratos origina la producción de ácidos principalmente ácido láctico

Los mecanismos de colonización inicial para la formación de placa bacteriana incluyen a) adherencia de las bacterias a la película o a la superficie del esmalte, b) adhesión entre bacterias de la misma o de diferente especie y c) proliferación subsecuente de las bacterias de pequeños defectos del esmalte y de las células que se insertaron en un principio en la estructura dental.

Los **cálculos** se forman por la masa orgánica calcificada, dura y que se encuentra en íntima relación con el tejido gingival. El cálculo siempre está asociado a una capa de placa que la cubre y la envuelve en productos tóxicos elaborados con ella y presenta una coloración amarillenta.

4.2.2 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL GRUPO ENCUESTADO SEGÚN EL SEXO

La forma de comportamiento en los niños de primera infancia varía según el sexo, estudios realizados identifican que las niñas son más accesibles y dóciles para entablar una relación amistosa, lo que en el caso de atención odontológica permite al profesional poder realizar su trabajo. En la presente investigación se identifica que las niñas son las que han recibido mayor atención odontológica (12%) frente a un 4% que corresponde a los niños, pudiendo ser una de las razones la expresada anteriormente respecto de la inclinación amistosa de las mujeres, sin embargo no se puede descartar que quien lleva al dentista a un menor son los padres o los responsables de su cuidado, por lo que en primera instancia no se encuentra una explicación de las razones que ellos tienen para que en mayor número acudan las niñas a recibir atención odontológica.

4.2.3 INGESTA DE AZÚCAR

El azúcar es un carbohidrato presente en la dieta alimenticia en diferentes etapas de la vida existiendo un mayor consumo en los niños, por cuanto a más de los alimentos la ingieren en las diferentes golosinas (caramelos, chupetes, galletas, etc).

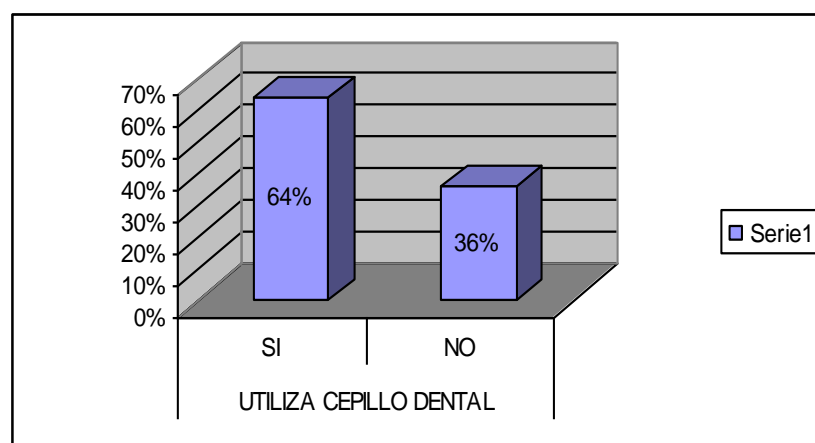
Los resultados de la investigación conducen a afirmar que en esta edad “primera infancia” es alto el índice de azúcar en su dieta diaria, la cual conlleva a un mayor riesgo cariogénico en el niño, el cual aumenta por la falta de aseo bucal, pues los

momentos de azúcar que tiene el niño por día se calcula en un 80% o su equivalencia de 3 a 6 veces, lo que confirma que el riesgo cariogénico es alto.

4.2.4 ASEO BUCAL

Para determinar la regularidad en el aseo bucal de los niños encuestados se tomó en cuenta algunos factores disponibilidad de cepillo dental, frecuencia de cepillado por día y ayuda en el proceso por parte de los responsables del menor durante el cepillado dental. Así el uso del cepillo como instrumento indispensable para el aseo es utilizado únicamente por el 64%.

Gráfico 3. Utilización del cepillo en niños menores de 4 años



El 36% de los niños que no realizan o no se les controla que efectúen obligatoriamente su aseo bucal con cepillo está compuesto por niños en su primer año de vida (20%) en los cuales presentan generalmente los incisivos temporarios y determinando que la madre o responsable del menor no realiza el aseo bucal provocando daños prematuros en la dentición primaria.

También se debe destacar que el alto porcentaje de mujeres que ejercen las funciones del hogar les toca contribuir en realizar faenas agrícolas por la migración del cónyuge, dando como resultado un mayor descuido de la atención a los niños en su educación y de su salud.

Las personas responsables del cuidado del niño manifiesta el 64% que utiliza cepillo dental más esto no se evidencia en la frecuencia de cepillado ya que hay un 36%

que no se cepillan, y otro 36% se cepillan una vez por día, lo que da como conclusión que el niño no únicamente necesita tener un cepillo dental para realizar su aseo bucal ya que por la edad en la que se encuentra puede usarse materiales alternativos como gasa, lo que requiere enseñanza y un buen control diario por parte de la o las personas responsables del cuidado del menor. La afirmación se consolida en la investigación respecto a la falta de educación de los responsables del menor ya que el 64% manifiesta no tener enseñanza en el aseo bucal y que el 36% son los que intervienen directamente en el aseo del menor.

En conclusión se puede decir que los responsables del niño en esta etapa de vida “primera infancia”, no prestan la debida atención en cuanto a la salud dental del menor, sin darse cuenta que es en esta edad en donde el niño presenta mayor riesgo de presencia de patologías, por el consumo excesivo de azúcar en su dieta, por la falta de enseñanza y control de un adecuado aseo bucal.

4.2.5 DIAGNÓSTICO INTRABUCAL

Para constatar lo descrito en teoría se realizó el diagnóstico bucal, que permitió determinar en la investigación que todos los niños encuestados y en quienes se realizó el diagnóstico odontológico presentaron placa bacteriana y el 52% tenían caries dental. El 48 % que no presentó caries dental estaba compuesto por niños entre 1 y 2 años.

En este grupo de análisis la presencia de placa bacteriana y caries dental se atribuye a la falta de conocimiento, enseñanza y motivación de los padres o de la persona responsable del cuidado del menor en cuanto a salud bucal.

4.3 LA PROBLEMÁTICA INTEGRAL DE LA SALUD BUCAL EN MUJERES EMBARAZADAS Y NIÑOS MENORES DE 4 AÑOS EN EL SECTOR RURAL

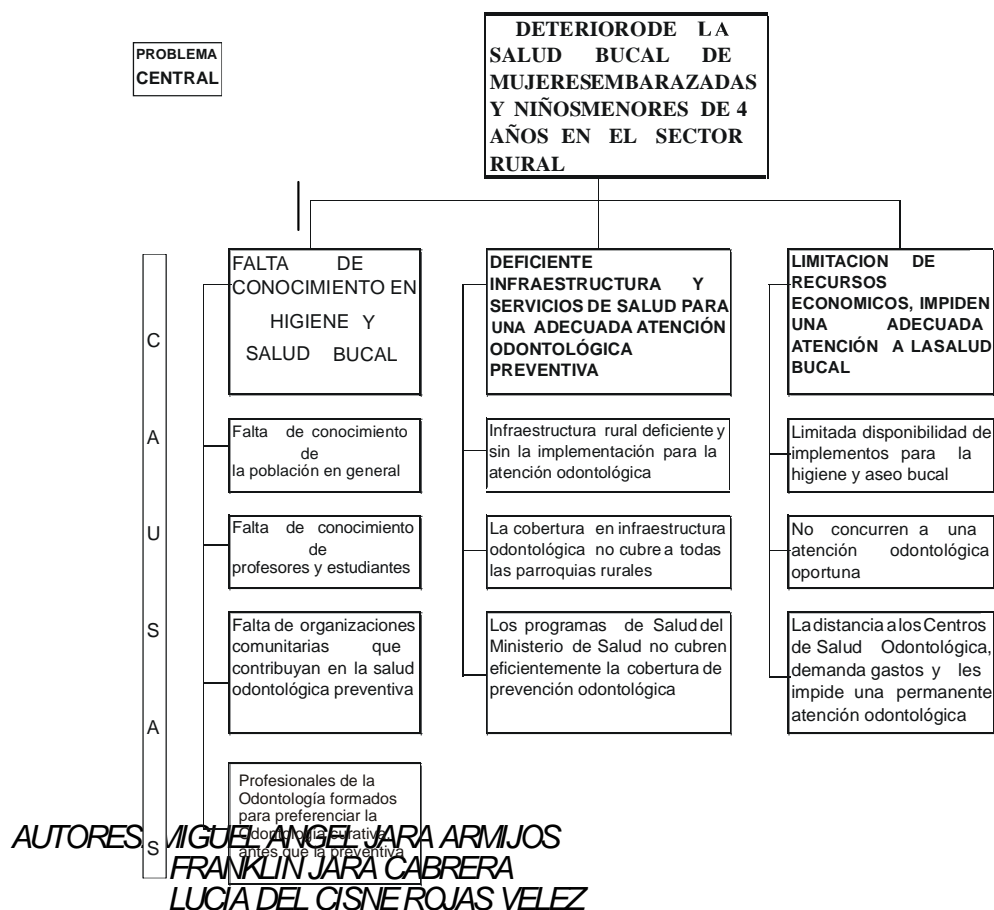
Los resultados de la investigación permiten confirmar que la falta de una adecuada práctica odontológica preventiva ha impactado en el grupo de mujeres embarazadas y niños menores de 4 años, por lo tanto su estado dental deja prever a un futuro

próximas condiciones deficitarias en su salud bucal, que les negará a corto plazo una vida plena por su consecuente deterioro en salud y en su aspecto estético.

El conocimiento de la realidad en la que se desenvuelven las personas investigadas permitió que los responsables del presente estudio realicen un detenido análisis, que condujo a la estructuración y reconocimiento del problema central que afecta al grupo investigado, el mismo que se ha concretado en el **deterioro de la salud bucal de mujeres embarazadas y niños menores de 4 años en el cantón Gualaceo**, cuyas causas principales se las reconoce en la:

- Falta de conocimiento en higiene y salud bucal
- Deficiente infraestructura y servicios de salud para una adecuada atención odontológica preventiva
- Limitados recursos económicos, impiden una adecuada atención a la salud bucal.

Los problemas causa que determinan estos males los ha esquematizado en el siguiente árbol.



CAPITULO V

PROPUESTA

La Universidad de Cuenca en fiel cumplimiento de la Ley de Educación Superior que en el Capítulo I, Art. 1, literal b), párrafo segundo proclama: Las instituciones del Sistema Nacional de Educación Superior ecuatoriano tienen como misión la búsqueda de la verdad, el desarrollo de las culturas universal y ancestral ecuatoriana, de la ciencia, y la tecnología, mediante la docencia, la investigación y la vinculación con la colectividad.

En su Art. 3, literal f): realizar actividades de extensión, orientadas a vincular su trabajo académico con todos los sectores de la sociedad sirviéndola mediante programas de apoyo a la comunidad a través de consultorías, asesorías, investigaciones, estudios, capacitación u otras medidas.

Con el referido sustento legal, la facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca, viene desarrollando actividades dirigidas a programas de servicio de salud bucal comunitario; actualmente se están fortaleciendo con nuevos proyectos de servicios de atención odontológica preventiva y atención curativa básica.

Reconociendo la problemática y con el fin de encontrar caminos que apoyen a la solución de los problemas, se han estructurado algunas propuestas que pretenden contribuir a superar los problemas y mejorar los programas de salud y la atención odontológica preventiva, así como elevar el nivel de higiene y salud bucal de las mujeres embarazadas y niños menores de 4 años, como una alternativa innovadora de atención preferente al sector social que así lo demand

PROBLEMA 1: FALTA DE CONOCIMIENTO EN HIGIENE Y SALUD BUCAL

PROBLEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	NIVELES	ACCIONES	RESPONSABLES
Falta de conocimiento de la población en general.	Mejorar el conocimiento respecto del aseo e higiene bucal de padres de familia.	Trabajar con los padres y encargados del cuidado de los niños en instrucción de higiene bucal.	Primario	Promoción de Salud (talleres, charlas, conferencias, obras de teatro.	Ministerio de Salud
				Nutrición: reducción de ingesta de hidratos de carbono como: chupetes, caramelos, fomentar el consumo de alimentación detergentes (manzanas, peras, zanahorias).	Faculta de odontología
				Higiene Bucal: Niños de un año limpieza diaria de los dientes con toallita o con un cepillo blando, durante el baño o después de la alimentación.	
			Secundario	Niños de dos, tres y cuatro años uso de cepillo dental y dentífrico demostrando la colocación para el cepillado.	Odontólogo

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

Falta de conocimiento de profesores y estudiantes.	Mejorar el conocimiento en salud odontológica preventiva, de los profesores del lugar, para que contribuyan con la formación de los estudiantes en salud e higiene bucal.	Trabajo con profesores	Terciaria	Diagnóstico y Tratamiento precoz. Aplicación de carióstáticos, sellantes, fluor.	Odontólogos y estudiantes de la Facultad de Odontología. Delegado del Ministerio de Educación y Estudiantes de la Facultad de odontología. Decano y Profesores de la Facultad de Odontología.
			Primaria	Restauraciones Endodoncia Coronas Mantenedores Evaluación del pensum de estudios en relación a la higiene bucal y de salud.	
			Primario	Propuesta odontológica preventiva, que pueda ser incluida en el programa de educación escolar. Negociación con la Dirección de Educación para incluir la propuesta como un proyecto piloto +.	
Falta de organizaciones comunitarias que contribuyan en la salud odontológica preventiva.	Mejorar el conocimiento de salud odontológica preventiva a nivel de líderes, para que desde sus organizaciones sociales, apoyen con acciones hacia el mejoramiento de la salud bucal de la comunidad.	Trabajo con líderes comunitarios.			Ministerio de Salud y Facultad de Odontología.
			Secundario	Elaboración de	Facultad de

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

				propuestas de trabajo para capacitación de promotores en salud odontológico.	Odontología
			Primaria	Identificación de los líderes Asamblea comunitaria	Ministerio de Salud y Facultad de
Profesionales de la odontología formados para preferenciar la odontología cuativa, antes que la preentiva.	Obtener profesionales preparados para una odontología preventiva.	Trabajo con personal odontológico encargado del servicio público.	Primario	con líderes para acuerdos sobre formas y tiempos de capacitación.	Odontología.
		Trabajo con el odontólogo rural		Etapas de capacitación	Odontólogo del Ministerio de Salud y estudiantes de la Facultad de Odontología.
				Trabajo de diagnóstico con líderes y prácticas de higiene bucal.	Ministerio de Salud.
				Evaluación de los conocimientos del personal odontológico en medidas preventivas.	Facultad de odontología
	Lograr salud bucal a través de atención temprana y oportuna.	Atención odontológica a madres embarazadas.		Programas de capacitación en sistemas y medidas de prevención.	Profesionales con especialización en salud pública.
			Secundario	Impulsación de la formación de estudiantes	

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

				a ser generadores de recursos a través de la gestión en beneficio de la comunidad.	Area de Salud
			Terciaria	<p>Promoción de Salud (talleres, charlas).</p> <p>Coordinación e integración del médico y odontólogo.</p> <p>Diagnóstico y motivación (técnica de cepillado, control trimestral de placa).</p> <p>Controles trimestrales (atención odontológica básica)</p> <p>Rehabilitación</p>	<p>Odontólogo</p> <p>Odontólogo</p>

PROBLEMA 2: DEFICIENTE INFRAESTRUCTURA Y SEVICIOS DE SALUD PARA UNA ADECUADA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA

PROBLEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	NIVELES	ACCIONES	RESPONSABLES
1.- Infraestructura rural deficiente y sin la implementación para la	Mejorar la infraestructura de los servicios de salud en	Coordinación de las funciones administrativas en	Primario	Focalización del trabajo de autoridades locales al servicio social.	Área de Salud y Facultad de Odontología.

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

atención odontológica.	Odontología.	relación con la gestión entre las autoridades locales y comunidad.	Secundaria	Elaboración de propuestas de trabajo organizado en vinculación con la sociedad (Extensión Universitaria). Gestión en las instituciones para lograr una adecuada distribución de recursos priorizando los servicios básicos de educación, salud e infraestructura social. Capacitación.	
2.- La cobertura en infraestructura odontológica no cubre a todas las parroquias rurales.	Ampliar la cobertura de los servicios de salud en Odontología.	Gestión de las autoridades nacionales y locales.	Primario	Centralización del trabajo de las autoridades nacionales y locales a los servicios de salud. Mejoramiento de la equidad en la distribución del gasto público.	Ministerio de Economía y Finanzas. Ministerio de Bienestar Social y Ministerio de Salud.
3.- Los programas de Salud del Ministerio de Salud no cubren eficientemente la cobertura de prevención odontológica.	Ampliar y mejorar los programas de salud en Odontología	Alianza entre el Ministerio de Salud y Organizaciones internacionales y nacionales como ONG.	Primario	Aplicación de propuestas de trabajo organizado a los servicios de salud odontológicas.	Ministerio de Salud. Organizaciones Internacionales y Nacionales (ONG).

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

PROBLEMA 3: LIMITADOS RECURSOS ECONOMICOS, IMPIDEN UNA ADECUADA ATENCIÓN A LA SALUD BUCAL.

PROBLEMA	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	NIVELES	ACCIONES	RESPONSABLES
1.- Limitada disponibilidad de implementos para la higiene y aseo bucal.	Mejorar el acceso y disponibilidad de los materiales básicos de higiene bucal.	Promoción y difusión de la salud odontológica.	Primario	<p>Promoción de la Salud (talleres, charlas, conferencias, obras de teatro).</p> <p>Motivación a la persona responsable del menor sobre atención que se brindar al niño desde la erupción del primer diente educando como realizar el aseo bucal.</p> <p>Gestión de los promotores de salud con el fin de lograr la implementación de materiales para la cobertura de los servicios de salud.</p>	<p>Área de Salud del Ministerio de Salud.</p> <p>Facultades de Odontología del País.</p>
2.- No concurren a una atención odontológica	Promocionar la atención odontológica	Atención odontológica preventiva.	Primario	Promoción para dar a conocer que la Ley de	Odontólogo del Ministerio de

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

oportuna.	preventiva.			Maternidad Gratuita a la infancia está relacionada con el aspecto odontológico. Educación a la comunidad en métodos de salud bucal con técnicas en prevención.	Salud.
3.- La distancia a los Centros de Salud odontológica, demanda gastos y les impide una permanente atención odontológica.	Extender los servicios de atención odontológica.	Trabajo con el odontólogo del sector. Trabajo con los estudiantes de la Facultad de Odontología.	Primario	Ampliación y aplicación de programas de atención odontológica en los sectores rurales. Coordinación y ampliación de los proyectos de vinculación con la sociedad.	Area de Salud del Ministerio de Salud y Facultad de Odontología.

AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ

BIBLIOGRAFÍA

- Atlas de Anatomía el Cuerpo y la Salud. Thema. Ed. Barcelona.
- Cursos de Orientación Familiar. Tomo 4 y 6. 1980. Barcelona. Edición Océano.
- CASAMASSIMO Paúl. Odontología Pediátrica. Interamericana. Segunda Edición. 1996.
- CARRANZA y SZNAJDER. Compendio de Periodoncia. 5ta. edición. Ed. Médica Panamericana. Argentina. 1999.
- Consejo Nacional de las Mujeres. Por nuestros derechos. Boletín informativo, marzo 2002.
- MUÑOZ O. Epidemiología III. Epidemiología Descriptiva. Universidad de Cuenca.
- MUÑOZ O. Proyecto de Atención Integral a salud y enfermedad estomatognática prevalente. Universidad de Cuenca. 1999.
- QUEZADA A., MUÑOZ O. y PIEDRA I. Salud de los Trabajadores de Minas de Oro de la Provincia del Azuay. IDICSA. Universidad de Cuenca. 1992.
- REGISTRO OFICIAL, Órgano del Gobierno del Ecuador, Administración del Sr. Dr. Gustavo Noboa Bejarano, Presidente Constitucional de la República. Quito, 15 Mayo del 2000. Nº 77.
- SHAFER W. G. Tratado de Patología Bucal. Nueva Editorial Interamericana. 1987.

*AUTORES: MIGUEL ANGEL JARA ARMIJOS
FRANKLIN JARA CABRERA
LUCIA DEL CISNE ROJAS VELEZ*